

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Ardachir Khan NAZARE-AGA

Secrétaire d'ambassade de 1^{re} classe
Commandeur de l'Ordre du Lion et du Soleil de Perse
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

CONFÉRENCES SANITAIRES

INTERNATIONALES

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PROPHYLAXIE DES
MALADIES PESTILENTIELLES EN PERSE

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, Professeur.
LEGUEU, Agrégé.
WALLICH, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23

1903

40

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERRONNE.
	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGREY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
JUNEO.	JEANSELMR.	RENON.	WALLICE.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1788, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en prend aucun engagement ni approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

MOZAFFAR-ED-DINE

Schahinschah

A MON PÈRE :

SON EXCELLENCE LE GÉNÉRAL NAZARE-AGA

Yémin-es-Saltanéh

Envoyé extraordinaire et Ministre plénipotentiaire de Perse en France
Grand-Officier de la Légion d'honneur

A MON BEAU-PÈRE :

LE DOCTEUR GALEZOWSKI

Officier de la Légion d'honneur

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Membre du Conseil de l'Université

Hommage de profonde admiration.

En terminant nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser ici l'expression de notre profonde gratitude aux éminents maîtres de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, dont la bienveillance et les conseils nous ont été si précieux.

Nous conserverons toujours le souvenir de l'accueil que nous avons reçu en France pendant toute la durée de nos études médicales et, parmi tant de témoignages de sympathie, nous avons senti toute l'heureuse influence des étroites relations d'amitié qui unissent si heureusement les deux grands pays de Perse et de France.

Remerciements tout particulièrement reconnaissants à M. le professeur B. Anger et à la mémoire du professeur Panas dont nous avons été l'élève en qualité d'Externe des Hôpitaux de Paris.

Hommages reconnaissants à MM. les professeurs Tiliaux, Duplay, Dieulafoy ; à MM. les professeurs agrégés Segond, Rigal, Hallopeau ; à M. le docteur Muselier, médecin des hôpitaux, dont il nous a été donné, pendant un temps trop court, de recueillir le savant enseignement.

Remerciements les plus sincères à notre excellent ami, le docteur Maurice Cazin, qui n'a cessé de nous prêter le concours de sa profonde amitié.

INTRODUCTION

Les découvertes de l'immortel Pasteur, la contribution incessante apportée par la pléiade des hommes illustres qui constituent son Ecole, les travaux de l'Académie de Médecine, l'intervention du Comité consultatif d'hygiène publique et de son savant Inspecteur Général, le Professeur Proust, ont placé la France au tout premier rang des nations, en ce qui concerne la prophylaxie des maladies pestilentielles et infectieuses.

La récente alerte de Marseille, menacée d'invasion de la peste, et les mesures énergiques prises, d'après les conseils du Professeur Chantemesse, enrayant en quelques jours les dangers de propagation, constituent une page glorieuse pour l'histoire de l'hygiène.

Dès 1851, une conférence sanitaire internationale réunie à Paris laissait entrevoir toute l'utilité d'un groupement de nations civilisées en vue de la défense commune des maladies épidémiques les plus meurtrières. S'il n'en résulta aucune sanction pratique, la voie n'en resta pas moins ouverte, large et féconde. L'inlassable dévouement des promoteurs de cette première réunion

devait aboutir plus tard à la réalisation d'espérances d'un caractère si hautement humanitaire.

En 1866 la conférence de Constantinople mit à l'étude les moyens de défense contre le choléra. La Perse, seule des pays extra-européens, fut convoquée et représentée.

A cette époque M. le Professeur Proust fut investi par le Gouvernement français d'une mission sanitaire en Russie et en Perse et, dans ce dernier pays, eut l'honneur de faire une première étude qui devait être complétée plus tard par les publications de Tholozan. Le concours de la Perse fut ainsi définitivement acquis aux conférences internationales sanitaires. Ce n'est que longtemps après que d'autres pays extra-européens imitèrent enfin son exemple.

Deux conférences, l'une en 1874 à Vienne, l'autre en 1885 à Rome ne purent aboutir à la signature de conventions entre les nations qui envoyèrent des délégués pour prendre part aux travaux.

L'année 1892 caractérise une époque mémorable. A la suite de la réunion des États adhérents à la conférence de Venise, le Conseil Sanitaire d'Alexandrie prit, en vertu de conventions, un caractère nettement international. Les effets d'une semblable consolidation ne devaient pas tarder à porter leurs fruits :

Le choléra ne dépassa plus dès ce moment le canal de Suez.

Le but poursuivi jusqu'alors semblait être la seule défense des pays d'Europe ; il était atteint en partie et les résultats acquis donnèrent une impulsion nouvelle ; les

pays du monde entier allaient être invités à participer à l'œuvre grandiose dont la préface venait d'être si magistralement rédigée.

Le 15 avril 1893, à la suite d'une conférence internationale réunie à Dresde, des Conventions furent signées dans le but :

« D'établir des mesures communes pour sauvegarder la santé publique en temps d'épidémie cholérique sans apporter d'entraves inutiles aux transactions commerciales et au mouvement des voyageurs. »

En 1894 la Conférence Internationale, qui tint ses assises à Paris, étudia la promulgation de conventions dont il nous semble utile de remémorer le but :

« Régler les mesures à prendre pour la prophylaxie du pèlerinage de la Mecque et la surveillance sanitaire à établir au golfe Persique. »

La Perse se trouvait directement intéressée à l'étude de questions qui ne pouvaient être mises au point qu'avec son adhésion. Le Gouvernement Impérial nomma alors une délégation officielle investie des pouvoirs nécessaires pour l'entente.

Les puissances qui prirent part à la Conférence de 1894 sont les suivantes qu'il convient de grouper en trois catégories.

Pays signataires : Allemagne, Autriche-Hongrie, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Perse, Portugal et Russie.

Signatures ad referendum : Délégués de Danemark et de Grèce.

Acceptations ad referendum (sans signatures) :

Délégués des Etats-Unis, de Norvège, de Suède et de Turquie.

N. B. — Il convient d'ajouter, aux pays signataires d'une manière indirecte, la Principauté de Monaco. La loi française du 3 mars 1822 sur la police sanitaire est applicable dans la Principauté. De plus, l'article 3 de la Convention internationale signée à Paris le 9 novembre 1865 entre les plénipotentiaires de France et de Monaco est ainsi libellé :

« Les règlements et tarifs français relatifs à la police sanitaire seront appliqués dans la Principauté au nom et par les autorités du Prince ».

Cette considération était importante à noter : nous la devons à l'obligeance du docteur André Lucas qui a bien voulu nous fournir ce renseignement particulièrement utile au moment de la création d'un port à Monaco, auquel S. A. S. le prince Albert I^{er} consacre tous ses soins. Ce port ne manquera pas de présenter tout le confort désirable à tous les points de vue et plus particulièrement peut-être au point de vue de l'hygiène, bien en harmonie avec le cadre incomparable qui l'entoure.

La France a donc actuellement à pourvoir à sa propre représentation ainsi qu'à celle de la principauté dans les conférences sanitaires internationales, sauf à faire ratifier ultérieurement par le gouvernement de S. A. S. le Prince Albert I^{er} les décisions prises.

La Convention de 1894 devait avoir pour conséquence la Conférence de Venise de 1897 dont le but plus étendu était de :

« Régler les mesures à prendre pour prévenir l'invasion et la propagation de la peste et la surveillance sanitaire à établir à cet effet dans la mer Rouge et dans le golfe Persique. »

Nous reviendrons sur l'Etude des Conventions du 3 avril 1894 et du 19 mars 1897, après avoir résumé l'état actuel de nos connaissances sur le mouvement épidémiologique des maladies pestilentiellés en Perse.

Au moment où l'Italie vient de provoquer une Conférence Sanitaire Internationale dont la première réunion a eu lieu à Paris, le 10 octobre 1903, il nous a paru utile de publier dans ce travail la liste des Puissances représentées ainsi que le nom des représentants de chacune d'elles pour indiquer le caractère diplomatique et scientifique de la délégation.

LISTE DES PUISSANCES REPRÉSENTÉES

A LA

Conférence Sanitaire Internationale de Paris (1903).

DÉLÉGUÉS

ALLEMAGNE. — M. le comte de Groeben, conseiller de l'Ambassade d'Allemagne à Paris. — M. Bumm, conseiller intime supérieur de régence au département impérial de l'intérieur. — M. le docteur Gaffky, conseiller intime de médecine grand ducal hessois et professeur à l'Université de Giessen. — M. le docteur Nocht, médecin du port de Hambourg.

RÉPUBLIQUE-ARGENTINE. — M. le docteur Davél, fondateur du laboratoire Pasteur à Buenos-Ayres, chef du service des maladies infectieuses à la Casa de Expositos (Enfants trouvés), à Buenos-Ayres.

AUTRICHE-HONGRIE. — M. le comte Charles de Kinsky, Ministre plénipotentiaire. — M. le docteur Kobler, conseiller gouvernemental, chef du département sanitaire à Sarajevo.

Pour l'Autriche. — M. le docteur Mally, médecin-major, délégué d'Autriche-Hongrie au Conseil sanitaire de Constantinople, délégué technique. — M. Ebner d'Ebenthall, président de la préfecture maritime de Trieste. — M. le docteur Joseph Daimer, conseiller au ministère I. et R. de l'intérieur.

Pour la Hongrie. — M. le docteur Cornel Chyzer, conseiller au ministère royal hongrois de l'intérieur. — M. Ernest Rediger, conseiller ministériel de section, capitaine de port à Fiume.

BELGIQUE. — M. Emile Beco, secrétaire général du ministère de l'agriculture, délégué. — M. le docteur Voituron, inspecteur du service de santé, délégué adjoint.

BRÉSIL. — M. de Piza. Ministre du Brésil à Paris.

DANEMARK. — Comte de Reventlow. Ministre de Danemark à Paris.

ESPAGNE. — M. le marquis de Novallas, premier secrétaire de l'Ambassade d'Espagne à Paris, délégué plénipotentiaire. — M. le docteur Carlos Maria Cortezo y Prieto, directeur général de la santé à Madrid, délégué plénipotentiaire.

ÉTATS-UNIS. — M. le colonel W.-C. Gorgas, chirurgien général de l'armée. — M. le docteur H.-D. Geddings, chirurgien général adjoint du service de la santé et de l'hôpital de la marine. — M. Franck Anderson, inspecteur médical de la marine.

FRANCE. — M. Barrère, Ambassadeur de la République à Rome, président de la délégation. — M. Georges Louis, Ministre plénipotentiaire de 1^{re} classe, directeur des consulats au

ministère des affaires étrangères. — M. le professeur Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. — M. Henri Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'intérieur, membre de l'Académie de médecine. — M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Emile Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, vice-président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. — M. le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. — M. J. de Cazotte, sous-directeur des affaires consulaires au ministère des affaires étrangères, délégué-adjoint. — M. le docteur H. Legrand, médecin sanitaire de France à Alexandrie.

GRANDE-BRETAGNE. — M. de Bunsen, Ministre plénipotentiaire de S. M. britannique à Paris. — M. le docteur Theodore Thomson, du Local Government Board. — M. le docteur F.-G. Clemow, représentant sanitaire au Conseil sanitaire de Constantinople. — M. A.-D. Alban, consul de S. M. britannique au Caire. — M. le médecin en chef John Richardson, membre du Comité sanitaire de l'armée, délégué spécial de l'Inde britannique.

GRÈCE. — M. Delyanni, Ministre de Grèce à Paris. — M. Clado, médecin à Paris.

ITALIE. — M. le commandeur Rocco Santoliquido, directeur général de la santé publique. — M. le marquis de Paulucci di Calboli, conseiller de l'ambassade d'Italie à Paris. — M. Adolfo Cotta, chef du bureau des affaires générales à la direction générale de la santé publique d'Italie, délégué-adjoint.

LUXEMBOURG. — M. Vannerus, chargé d'affaires du Grand-Duché à Paris.

MONTÉNÉGRO. — M. le comte de Kinski, délégué d'Autriche Hongrie.

PAYS-BAS. — M. le baron de Welderen Rengers, conseiller de la légation des Pays-Bas à Paris. — M. le docteur W.-P. Ruijsch, inspecteur général du service sanitaire de la Hollande méridionale et de la Zélande, membre du Conseil supérieur d'hygiène. — M. le docteur Stékoulis, délégué des Pays-Bas au Conseil sanitaire de Constantinople. — M. A. Plate, membre extraordinaire du Conseil sanitaire central à Utrecht, président de la Chambre de commerce de Rotterdam.

PERSE. — M. le général Nazare Aga Yémin-es-Saltanéh, Ministre de Perse à Paris. — M. le docteur Panayote Bey, délégué de la Perse au Conseil supérieur de santé de Constantinople. — M. le Docteur Emir Khan.

PORTUGAL. — M. le docteur José Joaquim da Silva Amado, professeur à l'école de médecine et de chirurgie à l'hôpital de Lisbonne.

ROUMANIE. — M. le docteur Jean Cantacuzène, membre du Conseil sanitaire supérieur. — M. le docteur Talashesco, médecin du port de Constantza.

RUSSIE. — M. Platon de Waxel, membre permanent du Conseil du Ministère des Affaires étrangères. — M. d'Anrep, conseiller privé, directeur du département de médecine au Ministère de l'Intérieur. — M. Chapiroff, conseiller privé, docteur en médecine, gérant le service médical du Corps des gardes frontières. — M. Arthur Raffalovitch, conseiller privé, membre du Conseil du Ministère des Finances, agent du Ministère des Finances en France, correspondant de l'Institut. — M. Rzewuski, gentilhomme de la Chambre de S. M. l'Empereur, fonctionnaire pour missions spéciales près le directeur général de la marine

marchande et des ports de commerce. — *Délégues adjoints* : M. Nicolas de Poggenpohl, Chambellan de S. M. l'Empereur, conseiller d'Etat, premier secrétaire de la Chancellerie du Ministère des Affaires étrangères, — M. Karacanovsky, docteur en médecine, délégué du gouvernement impérial de Russie près le Conseil supérieur de Santé à Constantinople. — M. Damaschine, docteur en médecine, chef du district quarantenaire d'Odessa.

SERBIE. — M. Michel Popovitch, chargé d'affaires de Serbie à Paris. — M. le docteur Milan Iovanovitch Batout, professeur à l'Université de Belgrade.

SUÈDE ET NORVÈGE. — M. H. Akerman, Ministre de Suède et Norvège à Paris. — *Pour la Suède* : M. le docteur R. A. Wawrinsky, conseiller, membre de l'Administration des Affaires médicales de Suède, délégué. — *Pour la Norvège* : M. le docteur G. E. Bentzen, médecin en chef de la ville de Christiana, délégué.

SUISSE. — M. Lardy, Ministre de Suisse à Paris. — M. le docteur F. Schmid, directeur du bureau sanitaire fédéral à Berne.

TURQUIE. — M. le docteur Duca Pacha, inspecteur général de l'administration sanitaire de l'empire ottoman. — M. le général Djellal Ismail Pacha, professeur agrégé de clinique interne à l'école impériale de médecine. — Pour l'Égypte S. S. Mohammed Cherif Pacha, sous-secrétaire d'état au ministère des affaires étrangères au Caire. — M. le docteur Ruffer, président du conseil sanitaire d'Alexandrie.

SECRÉTAIRES. — MM. Ernest Ronssin, consul de France de première classe au ministère des affaires étrangères, chef du secrétariat. — Nicolas de Poggenpohl, chambellan de

S. M. l'Empereur, premier secrétaire de la chancellerie du ministère des affaires étrangères, délégué adjoint de Russie. — Maurice Herbette, secrétaire d'ambassade de seconde classe. — Georges Harismendy, consul de France de seconde classe au ministère des affaires étrangères. — Le docteur Paul Faivre, inspecteur des services sanitaires maritimes près le ministère de l'Intérieur. — Alberto Martin-Franklin, attaché à l'ambassade de S. M. le roi d'Italie à Paris. — Paul Gauthier, consul suppléant de France, délégué du gouvernement français au conseil sanitaire à Alexandrie. — Barnewitz, vice-consul impérial d'Allemagne.

M. le Commandeur Rocco Santoliquido s'exprimait ainsi à la séance d'ouverture de cette grande assemblée :

« Les dispositions prises par la dernière conférence pour la défense sanitaire du Golfe Persique sont restées lettre-morte : à telles enseignes que des installations qui devraient fonctionner sont encore à l'état de projet. Une grande lacune existe donc de ce chef dans le système établi, lacune qui devrait être comblée. »

Nous savons à quel point Notre Auguste Souverain poursuit sans relâche les améliorations du service sanitaire de notre pays, ainsi qu'en témoignent la création d'hôpitaux dont le luxe hygiénique n'a rien à envier à celui des installations européennes les plus modernes, l'organisation d'un corps médical à laquelle la France a sans cesse contribué, l'acquisition d'étuves à désinfection, la participation active de nos délégués nationaux, toutes les fois qu'il a paru nécessaire de les convier.

Il nous a semblé que la dualité de nos modestes compétences médicales et diplomatiques pourrait être utilement

mise à contribution pour l'élaboration à une étude des conférences sanitaires internationales dans leurs rapports avec la prophylaxie des maladies pestilentiellles en Perse. Puisse nous ainsi seconder dans leur tâche nos délégués auxquels nous dédions également ce travail. Qu'ils nous soit permis enfin de témoigner à l'Ecole de Médecine française de notre profonde reconnaissance pour la large hospitalité qu'elle a toujours daigné nous accorder.

CHAPITRE I

Considérations sur l'épidémiologie des maladies pestilentielles en Perse dans leurs rapports avec l'Europe.

Les règlements de police sanitaire visent particulièrement les trois entités morbides suivantes :

Le choléra ;

La peste ;

La fièvre jaune.

Cette dernière maladie n'a pas été constatée en Perse, d'une manière officielle tout au moins ; il n'en existe pas de foyer dans notre pays et les seules mesures prophylactiques à prendre doivent revêtir un caractère de préservation, par rapport aux pays où le vomito-negro existe à l'état passager ou endémique.

Ajoutons qu'éventuellement la réglementation sanitaire peut et doit s'appliquer à toutes les maladies qui, présentant un caractère épidémique ou infectieux, peuvent avoir

une tendance à la généralisation à cause même de leur importance dans leur foyer d'origine.

§ I. — EPIDÉMOLOGIE DU CHOLÉRA

Le choléra *asiatique* doit, ainsi que l'indique sa dénomination, nous intéresser au premier chef. C'est l'Asie qui semble avoir été son berceau et, en raison même de son origine dans l'Indoustan, sur les bords du Gange, il a été qualifié de choléra indien.

Bien que la bactériologie n'ait pu encore déterminer les caractères nettement différentiels du choléra nostras et du choléra morbus ou choléra vrai (Dieulafoy), nous ne considérerons que ce dernier qui, seul, a tendance à la généralisation.

Le bacille virgule de Koch doit toujours être retrouvé dans le choléra vrai. Sa détermination présente une assez grande simplicité pour que sa recherche puisse en être faite dans tous les postes sanitaires. Ses principaux caractères sont les suivants :

Bacille virgule de Koch (choléra). — La figure 1,



FIG. 1

divisée en deux parties, représente à gauche les petits bâtonnets recourbés en virgule. Un cil vibratil terminal contribue à leur donner cette extrême mobilité qui leur est propre. A droite nous voyons le résultat d'une culture plus ancienne ; le bacille est alors caractérisé par des filaments en forme de spirale (spirille cholérique).

Le bacille virgule, fort avide d'oxygène, présente, au point de vue de l'étude sous le microscope, cette particularité qu'il se colore par les couleurs d'aniline et n'accepte pas le Gram.

Le meilleur milieu de culture est l'eau peptonée ; au bout de 7 à 8 heures d'ensemencement on voit déjà, en un voile très net sur la surface, l'agglomération des agents pathogènes de la préparation.

Les recherches microscopiques peuvent être utilement confirmées par une inoculation intra-péritonéale au cobaye (mort rapide par septicémie).

La recherche du bacille cholérique doit être pratiquée, soit dans les selles, soit dans l'eau suspecte.

La transmissibilité du choléra ne fait l'objet d'aucun doute et l'extrême facilité de sa diffusion nécessite la mise en œuvre de mesures énergiques en vue de parer à sa propagation.

M. le Professeur Proust, dans son traité d'hygiène, déclare que la Perse joue un rôle d'une importance capitale dans l'histoire du choléra.

Il avait, lors de sa mission en Perse, remarqué les dangers inhérents à la manière de pratiquer alors les sépultures.

Une épidémie de choléra venait de sévir à Téhéran

en 1869. M. le Professeur Proust fut frappé par les dangers qu'offraient aux environs de la ville les « amانات » (1). Les corps avaient été, en effet, déposés à la surface même du sol et à peine recouverts d'un peu de terre. Il suffisait d'un coup de vent un peu violent pour entraîner la terre meuble et mettre les cadavres à découvert.

Quelques voyageurs ont raconté que la coutume était de ne pas creuser de fosse, même pour une inhumation définitive. Il est loin d'être établi que telle ait été la coutume ; il ne s'est agi, sans doute, que de faits exceptionnels. Quoi qu'il en soit, un pareil système est éminemment dangereux.

Un autre péril, encore plus grand, résulte du transport des cadavres lors des pèlerinages.

Nous savons que des améliorations sérieuses ont été apportées dans cet ordre d'idée. Il convient de persister dans cette voie et qu'une législation intervienne dans le but de réglementer : 1^o les conditions dans lesquelles les inhumations doivent être pratiquées ; 2^o les précautions hygiéniques à observer en vue de l'obtention d'une autorisation de transport de cadavre par voie terrestre ou maritime.

L'hygiène peut utilement intervenir dans cette réglementation sans heurter en quoi que ce soit le respect dû aux morts par les survivants qu'il convient de protéger.

Examinons maintenant les différentes apparitions du choléra en Perse, en nous basant sur les documents qu'il nous a été donné de consulter.

(1) Endroits où sont temporairement déposés les cadavres.

Il faudrait remonter à l'histoire des temps les plus reculés pour retrouver les traces des premières apparitions du choléra ; les investigations de la clinique et les rapports internationaux incomplets laissent en effet planer une grande confusion sur la caractérisation même des premières épidémies ; nous ne considérerons donc que celles qui, depuis le siècle dernier, ont eu pour résultat une extension européenne.

En 1822, une épidémie de choléra régnait en Perse, épidémie dont on retrouve d'autant mieux les traces qu'elle devait avoir une répercussion en Europe. Le berceau de cette épidémie paraît avoir été le littoral de la mer Caspienne sans qu'il soit permis d'en retracer les origines mêmes ; les provinces du Ghilan et du Mazandéran furent ravagées ; à la faveur de l'hiver, l'intensité de l'épidémie diminua pour reprendre dès le printemps. En effet, on signale sa réapparition à Recht, en avril 1823, d'où elle entra en Europe par la Russie (Astara)."

En 1829, une nouvelle épidémie eut le même berceau. Sa propagation en Europe eut lieu l'année suivante et les voies d'introduction paraissent avoir été d'une part Bakou et d'autre part Tiflis. Telle était l'origine d'une invasion dont on a conservé le triste souvenir. Rappelons que ce n'est qu'en 1832 que cette épidémie se propagea d'Angleterre en France où elle devait enfin s'éteindre.

En 1846, la genèse d'une nouvelle apparition du choléra en Europe fut semblable.

De 1851 à 1892 la Perse fut encore plusieurs fois atteinte par le choléra, mais elle ne put être mise en cause en tant que foyer d'origine des épidémies européennes.

§ II. — ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA PESTE

*La peste,
Ce mal qui répand la terreur*

.....

constitue, à juste titre, une des plus grandes préoccupations des hygiénistes du monde entier.

Elle présente un symptôme caractéristique, le bubon, qui lui a valu le nom de peste bubonique ; la bactériologie peut aussi être utilement mise à contribution pour lever toute hésitation lorsqu'il s'agit de préciser le diagnostic.

Les principaux caractères du bacille de la peste sont les suivants :

Bacille de Yersin et Kitasato (1894) (bacille de la peste).— La figure 2 représente de petits bâtonnets courts, trapus. La coloration est beaucoup plus apparente au niveau des extrémités.



FIG. 2

Le bacille pesteux est aérobie et anaérobie ; coloré par les couleurs d'aniline, il n'accepte par le Gram.

Le meilleur milieu de culture est la gélose à 37°. Après l'ensemencement on ne tardera pas à observer des colonies blanchâtres ; et l'addition ultérieure d'un peu de sel marin constitue un groupement de ces colonies en masses sphériques blanches.

L'injection intra-péritonéale de cet agent pathogène pratiquée sur le cobaye, la souris ou le rat, a pour conséquence la mort rapide de l'animal.

La recherche du bacille de la peste doit être faite, à l'aide d'une seringue, par aspiration de sérosité ou de pus, au niveau d'un bubon.

La Perse fut souvent atteinte de la peste ; mais le nombre des épidémies qu'elle eut à subir n'est pas aussi considérable qu'on a paru le croire.

Les remarquables études du docteur J.-D. Tholozan ont droit à une mention toute spéciale dans notre travail qui devait nécessairement s'inspirer, pour une relation épidémiologique de la peste en Perse, d'observations recueillies pendant une période de plus de vingt années.

Au mois de juillet 1873, Tholozan présentait à l'Académie des sciences une note sur le :

« Développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie. »

L'année suivante paraissait « l'Histoire de la peste bubonique en Perse »,

Ajoutons que Tholozan compléta son œuvre par une

étude panoramique de la peste dans les pays limitrophes de la Perse.

Renvoyons le lecteur aux travaux que nous venons de citer pour la description des épidémies anciennes dans lesquelles la dénomination de *céba* (1) désigne, sans caractériser aucunement chacune d'elles, l'ensemble des maladies pestilentiellles,

Ces épidémies sont d'ailleurs fort insuffisamment décrites. On ne retrouve, par exemple au sujet de l'une d'entre elles, que les seuls indices fournis par l'inscription suivante, sculptée sur la porte de la mosquée de la ville de Demavend :

« Idn-Mahmoud-Momen, charpentier, par un bon sentiment, avec un cœur religieux, a renouvelé cette grande porte afin de gagner le paradis.

« L'année où fut placée cette porte est l'année de la peste (Tâoun) (2) en 1099 de l'Hégire » (3).

Il est intéressant toutefois de reproduire ici la déclaration faite par Gaudereau qui vint en Perse pendant le cours du xviii^e siècle et qui publia en 1721 à Paris des « Relations des différentes espèces de peste ».

Cet auteur disait textuellement : « Les Persans, bien qu'environnés tous les ans de ce fléau terrible, ont conservé le secret de l'arrêter sur leur frontière. Ils n'ont pas pour cela défendu seulement l'entrée de leur pays aux choses qui viennent des lieux soupçonnés, mais ils ont

(1) On désigne ainsi maintenant le choléra.

(2) Peste en persan.

(3) Inscription remontant à l'an 1686 de l'Ere chrétienne traduite par Tholozan.

mis en quelque sorte tout leur empire au-dessus des atteintes de la peste. »

En 1748, Otter, dans son livre : *Voyage en Turquie et en Perse*, vient, après Gaudereau, affirmer qu'on ne rencontre la peste nulle part en Perse, et Malthus, à son tour, ajoute que « la peste ne s'étend pas à la Perse ».

L'astronome Beauchamp, en 1787, dans une lettre à Volney, fait la remarque que la peste ne passe jamais dans la Perse.

Les appréciations de ces auteurs sont, nous devons l'avouer, optimistes à l'excès. Un fait en résulte cependant, c'est que la peste n'a pas été constatée dans notre pays par ces savants voyageurs. Ceux-ci n'ont même pas retrouvé de traces d'épidémies passagères dont on a cependant révélé plus tard l'existence. On doit donc reconnaître que, dès les temps les plus reculés, la Perse ne donnait pas l'impression d'un pays dont l'insalubrité est notoire.

L'étude des épidémies plus récentes, au cours du xix^e siècle, démontre également la rareté relative des apparitions de la peste, en dépit même de la fréquence de son apparition en Turquie d'Asie.

Il est donc loisible de discerner la juste part qu'il convient d'attribuer aux critiques intéressées d'agences commerciales ainsi qu'à celles, moins compréhensibles, de voyageurs cependant fort bien accueillis en Perse:

Pendant le cours des xvi^e et xvii^e siècles on a observé en Perse six épidémies ; quatre furent observées pendant le xviii^e siècle.

Si, à propos de ces épidémies, Hirsch a pu documenter

Prus par l'assertion suivante : « Dans les parties orientales et septentrionales de la Perse, spécialement le Gililan, le Mazandéran, Téhéran, Ispahan, la peste n'est même pas connue de nom », il convient de remarquer que son affirmation comporte certaines réserves.

Tholozan fait, en effet, observer que, pendant une période de trois cents ans jusqu'en 1800, il a enregistré dix épidémies de peste en Perse, et que le fléau ne s'étendit qu'au nord et au nord-ouest de ce pays.

« Nulle part, ajoute Tholozan, nous ne voyons figurer dans ces épidémies les parties centrales de l'Iran, Koum, Kachan, Ispahan, Chiraz. La partie septentrionale et orientale n'est mentionnée qu'une fois ; il n'est aucune-ment question des épidémies du sud et de l'est... »

Le mouvement épidémiologique au XIX^e siècle vient confirmer ces faits.

Epidémiologie de 1800 à nos jours.

Vingt épidémies, constatées dans la période comprise entre 1802 et 1829 en Arménie turque, dans l'Anatolie et en Géorgie, n'eurent aucune répercussion en Perse.

En 1829 la peste est constatée en Perse ; elle existait en Turquie et en Russie en 1828 et apparut dans notre pays dans les villes les plus proches de l'Arménie (Khosrowa, Ourmiah, Maraga). En 1831 la maladie se généralise et envahit Téhéran et ses environs. Elle avait procédé dans l'ordre suivant : 1^o l'Azerbeïdjan, le Kour-

distan, la province de Khamsèh, le Ghilan, le Mazandéran, le Gourgane, dans le nord et l'ouest; 2° à l'est, dans le Khorassan; 3° au sud à Bouehir qui fut plus particulièrement atteint et dont l'importation sembla provenir de Bagdad (via Bassorah); 4° vers 1834 et 1835 on constate sa présence à Ardébil, Tauris, Zendjan, Astérad, Kermanshah.

C'est en 1835 que l'épidémie de 1829 prit fin.

Citons un exemple, qui nous touche d'assez près pour être utilement rapporté, de l'épidémie née en 1829 :

S. Ex. le général Nazare-Aga habitait alors Ourmia; il fut atteint lui-même en 1832; cinq domestiques au service de sa famille périrent.

L'épidémie la plus intéressante à considérer, au point de vue où nous nous plaçons, est celle qui atteignit le Kourdistan en 1871 et qui s'éteignit pour ne plus reparaitre à la fin de l'été.

« La maladie est restée confinée dans les étroites limites d'un district situé au nord-ouest du Kourdistan. » (Tholozan).

Malgré la concentration de cette épidémie, Bartoletti se livra à des appréciations malveillantes et erronées, réfutées d'ailleurs de la manière la plus péremptoire par Tholozan. Ce dernier entreprit à ce propos des recherches qui lui permirent d'aboutir à cette conclusion importante.

« Les points d'origine de la peste bubonique peuvent se rencontrer aussi bien dans les districts montagneux à une grande altitude et sur un sol sec et non alluvial que dans les plaines basses et humides de la Mésopotamie ».

Ajoutons enfin que Tholozan fit la relation de douze

épidémies qui affligèrent la Mésopotamie entre 1856 et 1892.

A la même époque la Perse fut elle-même frappée :

Dans l'Azerbeïdjan : cinq fois (1863, 1870, 1872, 1878, 1885.)

Dans le Tabarestan et le Ghilan : une fois (1877.)

Dans le Khorassan : trois fois (1878, 1881, 1882.)

Ces informations doivent être complétées par les dernières constatations de la peste en Perse :

La peste fit son apparition en juin 1899 à Bouchir et en 1900 à Djavanroud.

La Perse ne peut donc pas être incriminée d'une importation de la peste en Europe bien qu'elle ait été elle-même souvent atteinte.

La proximité de Bombay est la raison même de son apparition à Bouchir dans le Golfe Persique, il importe donc qu'un effort très sérieux soit fait sur nos frontières maritimes tant au point de vue de notre défense personnelle qu'au point de vue de celle d'une propagation possible en Europe par les voies terrestres.

CHAPITRE II

But poursuivi par les Conférences Sanitaires Internationales.

Il convient de revenir sur une question d'histoire que nous avons laissée volontairement incomplète dans notre introduction.

L'épidémie de choléra en 1865 eut pour conséquence de provoquer une légitime émotion en Europe. La nécessité d'un groupement d'efforts de la part des pays civilisés devenait de plus en plus impérieuse, en raison même de la gravité et de la fréquence des menaces.

Les travaux de Prus et de Fauvel permirent d'aboutir à cette conclusion que nulle part, en Orient, la peste ne règne à l'état permanent (Proust).

Nous avons vu, d'autre part, que la Conférence de Constantinople n'a pas inscrit la Perse au nombre des pays où le choléra est endémique.

Ajoutons enfin que la Perse n'est pas un foyer de fièvre jaune.

Ces trois constatations permettent d'enseigner le

tableau de l'état sanitaire d'une nation dans laquelle, en dépit de critiques qui n'ont que trop souvent été peu justifiées, s'il y a encore beaucoup à faire au point de vue de l'hygiène, de nombreux perfectionnements ont été et sont encore journellement apportés. Remarquons, en effet, que toutes les fois qu'on eut à solliciter le concours de la Perse, on le trouva sans réserves.

Après la Conférence de 1866, en vertu de laquelle un Conseil de Santé fut établi à Téhéran, M. le Professeur Proust, dont le nom semble indissolublement lié à l'histoire de l'Hygiène de notre époque, fut, ainsi que nous l'avons vu, investi d'une mission en Perse :

« Il devait, en raison de son mandat, insister auprès du Gouvernement Persan pour que celui-ci s'associât sérieusement aux efforts contre le choléra et, en particulier, qu'il donnât une suite convenable au fonctionnement régulier du Conseil de Santé de Téhéran. »

Les résultats de la réunion de Constantinople furent, en premier lieu, une étude fort détaillée des questions de prophylaxie et, en second lieu, la création ou la constitution d'une législation particulière à chaque état.

Si les moyens individuels n'ont pas l'ampleur de ceux des collectivités, ils ont en outre l'inconvénient, s'inspirant souvent d'intérêts trop particuliers, de pouvoir heurter les bonnes relations de voisinage, si leur application est trop rigoureuse.

L'harmonie des mesures prises par chacun des états intéressés devait être forcément rompue en raison de l'excessive sévérité de la réglementation de certains états et de l'abusivité de la liberté de certains autres.

Dans les relations maritimes internationales où tant de facteurs entrent en jeu (nécessité d'un abri, renouvellement d'approvisionnements de toute nature, etc.) la situation d'un navire pouvait être souvent compromise du chef d'une libre pratique accordée dans un port au cours d'une étape, libre pratique qui lui était retirée impitoyablement dans un autre pays encore même qu'aucun incident de route n'était venu modifier l'état sanitaire.

N'insistons pas : les premières conférences avaient démontré la nécessité d'organisations sanitaires ; l'initiative privée de chaque état avait établi des moyens de défense ; le principe était donc acquis ; il allait maintenant falloir coordonner et modifier ces diverses réglementations dans le but d'une entente générale.

Les conférences suivantes auxquelles nous avons fait allusion dès le début de ce travail n'eurent dans leur sanction que des rapports très indirects avec la Perse. Elles établirent toutefois d'une manière puissante la défense du canal de Suez. Les mesures qui devaient faire l'objet de la conférence internationale de 1894 étaient déjà pressenties.

Conférence sanitaire internationale de 1894. (Réunie à Paris).

Son but fut d'étudier :

A) La prophylaxie du pèlerinage de la Mecque.

B) La protection du golfe Persique.

A. — Le pèlerinage de la Mecque constitue un danger permanent.

La convention qui résulta des travaux de l'assemblée

réglâ la police sanitaire en s'inspirant de l'esprit suivant :

Au port de départ :

Visite médicale des passagers.

Désinfection des objets suspects.

Interdiction d'embarquer les passagers suspects ou contaminés.

Obligation pour les pèlerins de justifier des moyens propres à subvenir à leurs besoins conformément d'ailleurs aux prescriptions de la loi musulmane).

Pendant la traversée :

Présence d'un médecin à bord.

Obligation pour les compagnies de transport de se conformer à la législation sanitaire.

Création de relais, tant au point de vue des exigences sanitaires (isolément des suspects et des malades, etc.) qu'au point de vue des approvisionnements.

Surveillance des voies terrestres.

B. — La question de la protection du golfe Persique fut étudiée d'après le programme même de M. le professeur Proust que nous croyons utile de reproduire ici :

« Le choléra est exporté de l'Inde vers l'ouest et le nord-ouest, particulièrement des ports de la côte de Malabar, et notamment de Bombay.

Par suite de la proximité, par suite du nombre des relations maritimes, la côte orientale de la péninsule arabique et le littoral de tout le golfe Persique sont les rivages les plus exposés à l'importation.

L'épidémie cholérique de l'Irak-Arabi, de la Mésopotamie et de la Syrie en 1889, 1898 et 1890, la dernière épi-

démie de 1893 ont montré le danger de l'importation par le golfe Persique.

Les voies de pénétration des épidémies dans ce golfe sont nombreuses et largement ouvertes et cela, malgré la surveillance qui peut se faire à Bassorah, le seul port dans ces régions où il y ait un médecin sanitaire de l'Administration ottomane.

Il y a donc lieu d'établir sur le littoral du golfe Persique une surveillance sérieuse analogue à celle que la conférence de Venise a recommandée à Suez, de préciser les points où doivent être établis les postes sanitaires, et indiquer les autorités chargées d'appliquer les mesures.

Au golfe Persique, tout est à faire. Il n'existe, même à Bassorah, aucun moyen d'action efficace contre les provenances maritimes des Indes et de la Perse. Tout au plus une inspection ou une observation de 24 heures sans désinfection.

Bassorah est d'abord placé bien avant dans l'intérieur pour être le siège d'une prophylaxie sérieuse. Cependant les navires de Bombay et de Karatchi arrivant après une traversée de six à dix jours, avec les escales, dans les ports du golfe Persique, et, ayant comme point d'origine des pays où le choléra règne fréquemment, amènent-ils non seulement des passagers suspects, mais encore des cadavres de Schiïtes, indiens ou persans.

Où les nouveaux postes de surveillance seront-ils établis ?

Du côté de la Turquie, on devait se demander si un poste sanitaire ne pourrait pas être installé à l'île de Fao, située à l'entrée du Chatel-Arab, le fleuve qui mène à

Bassorah ; mais la rive gauche, d'après les récents traités, appartient à la Perse ; une entente entre ce pays et la Turquie est donc nécessaire pour que tout navire, entrant dans le fleuve, soit soumis à une visite sanitaire à Fao. Il y aurait aussi lieu de créer du côté de la Turquie, des postes à Bassorah et à Koweït et, du côté de la Perse, à Bender-Albas, à Bender-Bouchir et Mohammerah.

L'application des mesures sanitaires dans les ports persans appartient aux autorités persanes ; dans les ports ottomans de Fao, de Bassorah et de Koweït, ainsi que dans ceux de la côte arabique jusqu'en face des îles Bahrein aux autorités ottomanes.

Une surveillance serait aussi installée à Menama, port de l'île Bahrein.

Du côté de la côte arabique du golfe Persique, il y a le port de Mascate dans la mer d'Oman placé sous l'autorité de l'Iman. Il n'existe là aucune surveillance sanitaire.

L'escale de Gwadar dans le Bélouchistan, touchée deux fois par mois par les bateaux venant de l'Inde, est une première porte ouverte à l'importation du choléra dans le Mekran, et, par là, dans le sud-est de la Perse.

Il faut également prévoir des mesures sanitaires pour le jour où seront mis en exploitation les nouveaux chemins de fer de Syrie.

Une double voie doit partir de Beyrouth ; la première qui traverse Damas, pour se diriger ensuite vers le sud, aboutit à Mzérîb, point de dislocation de la caravane de la Mecque, elle peut-être mise en exploitation le 1^{er} janvier 1895.

La seconde, dont les travaux vont commencer prochain-

nement, beaucoup plus importante se dirige vers le nord-est, traverse Alep, aboutit à Beredjik et relie l'Euphrate à la Méditerranée.

Nouveau et grave danger d'importation des maladies pestilentiellles ayant gagné la Mésopotamie soit par voie de terre, soit par le golfe Persique.

Il y aura donc lieu d'établir, sur ces nouvelles lignes ferrées, quelques postes sanitaires bien choisis et de les munir d'un outillage perfectionné, en même temps que d'un personnel sanitaire ferme, compétent et exercé. »

M. le professeur Proust termina la lecture de son rapport si complet dans l'élaboration de la défense du golfe Persique par le programme de protection qui devait être presque entièrement consacré par la convention qui fut rédigée. Nous aurons ultérieurement l'occasion de revenir sur ce dernier point.

Dès 1894, un règlement de police sanitaire élaboré par le docteur Schneider, médecin particulier de S. M. I. le Schah, et médecin principal de l'armée française, fut appliqué en Perse par ordre du gouvernement en vue de la défense des ports du golfe Persique et de la Transcaspienne. (Ces derniers ports d'après l'initiative même du général Kourapatkine, actuellement Ministre de la guerre en Russie.)

Le 13 juillet 1899, sur les ordres du Gouvernement persan, un cordon sanitaire fut établi autour de Bouchir ainsi qu'un camp d'observation pour les voyageurs provenant de cette ville. Une étuve fut installée.

La Convention de Venise, en 1897, devait reprendre et compléter l'étude de questions étudiées en 1894; les adhé-

sions des pays civilisés furent plus nombreuses encore ainsi que le démontre l'exposé ci-dessous.

Pays signataires (1). — Allemagne, Autriche-Hongrie, Belgique, Espagne, France, Grande-Bretagne, Grèce, Italie, *Luxembourg*, *Monténégro*, Pays-Bas, Perse, Portugal, *Roumanie*, Russie, *Serbie*, *Suisse*, Turquie, Danemark (2).

Signatures ad referendum :

En 1894, délégués de Danemark et de Grèce.

En 1897, délégués d'Espagne, de Grèce, de Perse, de Portugal, de Serbie et de Turquie.

Acceptations ad referendum (sans signature) :

En 1894, délégués des Etats-Unis, de Norvège, de Suède et de Turquie.

En 1897, délégués du Danemark, des Etats-Unis d'Amérique, de Norvège et de Suède.

Durée des Conventions :

Cinq ans, à partir du départ des ratifications sauf renouvellement par tacite reconduction.

La Conférence internationale de Paris, réunie actuelle-

(1) Les pays indiqués en *italique* sont ceux qui ont adhéré seulement à la Conférence de 1897.

(2) Le Danemark n'a adhéré qu'à la Conférence de 1894 au titre de pays signataire.

ment, doit examiner notamment les conséquences de la réalisation partielle des précédentes conventions. De nouvelles puissances ont répondu à l'appel de l'Italie, ce sont :

La République-Argentine.

Le Brésil.

CHAPITRE III

Des moyens de défense à instituer en Perse pour la prophylaxie des maladies pestilentiellles et infectieuses.

(Application des Conventions résultant
des conférences sanitaires Internationales.)

La prophylaxie des maladies pestilentiellles et infectieuses doit être étudiée au triple point de vue :

- 1° De la protection individuelle ;
- 2° De la protection de la population ;
- 3° De l'hygiène internationale.

§ I. — HYGIÈNE INDIVIDUELLE

Toutes les mesures prises doivent tendre à éviter le contagé, en présence des dangers d'une épidémie.

En premier lieu il convient de remarquer que l'individu présente d'autant moins de chances de contracter une maladie contagieuse qu'il offre un terrain moins préparé,

qu'il ne se trouve pas dans un état de misère physiologique, entretenu ou provoqué même par l'inobservation des règles de l'hygiène.

Devons-nous retracer rapidement les règles fondamentales de l'hygiène privée ?

La propreté est le premier de tous les devoirs ; elle doit s'étendre non seulement à l'individu mais aussi à ses vêtements, à l'habitation.

L'air respiré ne doit pas être vicié ; chacun de nous doit avoir pour le repos une chambre vaste, non encombrée, de préférence orientée vers l'est.

La lumière doit être recherchée.

L'eau est un aliment de première nécessité, il importe qu'elle n'ait pas de souillures ; elle représente l'un des éléments de propagation des maladies infectieuses le plus souvent mis en jeu. Il convient donc, en cas de doute, de la faire bouillir, puis de l'aérer, si on ne préfère se servir de filtres.

Le puits et la fosse d'aisance sont souvent à proximité de la maison. Les déjections sont les véhicules incontestés de certaines maladies (typhus, choléra, etc.). Il importe donc que la fosse d'aisance soit étanche, cimentée.

On peut donc facilement vérifier la qualité de l'eau, dans le voisinage des endroits où sont déposés les déjections et détritiques de toute nature. Il suffit, dans ce but, de jeter dans ces endroits quelques grammes de fluoresceine qui est une matière colorante de la plus grande richesse ; s'il y a communication par le sol, les eaux se colorent vert et doivent être légitimement suspectées.

La nourriture doit être saine.

On ne doit entrer dans une maison pour en prendre possession et l'habiter qu'après avoir fait pratiquer la désinfection rigoureuse des pièces, objets, etc. La même précaution doit être prise lorsqu'un malade a séjourné dans une habitation.

Lorsqu'un individu est malade, un médecin doit être prévenu et ses recommandations suivies ponctuellement, tant en ce qui concerne le traitement de sa maladie, que pour les mesures à prendre afin d'éviter la propagation possible en cas de contagion.

D'une manière générale on ne doit pas approcher d'un malade si on ne peut lui rendre service; on lui impose, en effet, une fatigue inutile; s'il est dans une chambre, on le prive d'une certaine quantité d'air toujours nécessaire, on court en outre le risque personnel de contracter les germes de l'affection dont il est atteint. Seules les personnes préposées à ses soins doivent rester à son chevet et elles ne doivent prendre contact avec les étrangers qu'après avoir pris toutes les précautions qui procèdent de l'antisepsie.

Il serait à souhaiter que la grande diffusion des *principes élémentaires* de l'hygiène fût pratiquée tant par les pouvoirs publics que par l'initiative privée.

§ II. — PROTECTION DE LA POPULATION

Conformément à la loi du 30 novembre 1892, un arrêté ministériel a été promulgué en France concernant la désignation des maladies dont la déclaration est obligatoire(1).

Voici leur nomenclature :

Fièvre typhoïde ;
Typhus exanthématique ;
Variole et varioloïde ;
Scarlatine ;
Diphtérie ;
Snette militaire ;
Choléra et maladies cholériques ;
Peste ;
Fièvre jaune ;
Infection puerpérale ;
Ophtalmie des nouveau-nés.

Une réglementation devrait être instituée en Perse analogue à celle qui est actuellement en vigueur en France ; la vaccination devrait être rendue obligatoire. Nous possédons déjà une organisation très sérieuse pour le traitement de la diphtérie suivant la méthode de Roux. Cette innovation a été accueillie et mise à profit ainsi qu'il convenait et il est hors de doute que les résultats obtenus seront le point de départ d'une extension des services aux traitements de la rage, de la peste, etc.

(1) La tuberculose doit être déclarée à New-York et la syphilis dans le Danemark.

Outre la protection des groupements par la surveillance des eaux, par celle de l'installation des cimetières, autorisée seulement dans des endroits éloignés des villes ou villages, ainsi qu'il doit en être également pour les industries insalubres, une législation peut utilement intervenir dans le but de l'isolement individuel ou des collectivités suspectes par des cordons sanitaires.

Il serait désirable qu'un règlement général fût élaboré et promulgué dans ce sens, en vigueur sur tout le territoire.

N. B. — Il nous paraît à propos d'indiquer ici l'utilité de mesures générales à prendre en vue de la destruction des rats dont on n'ignore pas le rôle néfaste au point de vue de la transmission de la peste à l'homme.

La police sanitaire maritime (décret du 21 septembre 1903, concernant la France, prescrivant la destruction des rats à bord des navires) prévoit dorénavant la défense contre ces rongeurs.

Aucune mesure ne vise celle des ports ou du territoire, du moins officiellement. L'initiative privée et trop rarement celle des municipalités se sont seules occupées de cette question. La ville de Marseille avait, dans ces dernières années, établi une prime qui avait pour but de récompenser les individus qui se livraient à la destruction des rats ; cette prime malheureusement ne fut pas maintenue et il a fallu la menace d'un nouveau danger pour la faire rétablir.

Si nous remarquons que les rats se nourrissent principalement de céréales et qu'ils font, de ce fait, subir de grosses pertes aux entrepositaires, une considération,

d'ordres hygiénique et économique semble devoir dicter des mesures protectrices : les pouvoirs publics doivent donc encourager la destruction des rats.

§ III. — HYGIÈNE INTERNATIONALE

Celle-ci résulte des conventions auxquelles notre pays a adhéré.

Elle doit atteindre un double but : la protection de nos nationaux et, par réciprocité, la protection des pays avec lesquels nous entretenons des relations.

A. — *Protection de nos nationaux.* — Les moyens de communication sont encore assez peu nombreux pour qu'une surveillance active puisse être exercée, sans entrave sérieuse à la liberté individuelle.

Il serait loisible de conférer aux gouverneurs tous les pouvoirs nécessaires en vue d'une réglementation conforme aux règles de l'hygiène dans les districts qui leur sont confiés. Une centralisation des renseignements sanitaires devrait également être organisée.

Aucun voyageur ne pourrait quitter sa résidence habituelle sans être muni d'un passeport sanitaire relatant et l'état de sa propre santé et celui de sa province. Une indication serait également donnée sur la nature des bagages qu'il transporte ainsi que sur les mesures qu'il conviendrait de prendre soit avant le départ, soit à l'arrivée (désinfection).

Ces mesures énergiques prises sur le territoire lui-même, l'absolue interdiction de transporter des cadavres

aux pèlerinages, si ce n'est en cercueil de plomb dûment scellé, ne tarderaient pas à avoir la plus heureuse influence sur un pays où l'endémicité n'existe pas et où cependant on a eu plusieurs fois, de 1894 à 1900, à déplorer l'apparition de la peste.

Il serait facile d'établir sur les grandes voies des services de bains-douches et de désinfection comme il en existe dans tous les lazarets.

Un de nos délégués à la Conférence sanitaire internationale de Paris de 1903, le docteur Emir Khan, élabore actuellement un travail sur l'hygiène qui viendra compléter utilement nos rapides indications.

La généralisation de ces mesures défensives à nos frontières terrestres et maritimes paraît devoir procéder de la simplicité la plus grande et les passeports sanitaires délivrés par l'administration persane auront d'autant plus de poids qu'ils seront étayés par des mesures plus énergiques.

B. — *Protection des pays ayant adhéré aux Conventions.*— Elle sera ratifiée par l'adhésion avec ou sans réserves de la Perse. Sa réalisation occasionnera des dépenses considérables et, vu l'importance de la défense à organiser, elle pourrait être confiée à une commission sanitaire internationale (1) qui centraliserait les participations des différentes nations au prorata même de l'intérêt de chacune d'entre elles.

(1) Au moment où nous mettons sous presse nous apprenons que la conférence sanitaire internationale de Paris va ratifier le desideratum que nous venons d'exprimer.

D'autre part le gouvernement persan, d'accord avec les pays signataires, ne saurait perdre de vue les moyens énergiques à prendre pour sa protection propre contre les dangers qui émaneraient des pays ne voulant pas se soumettre aux obligations des conventions sanitaires internationales.

CHAPITRE IV

Nous allons, dans ce chapitre, essayer de tirer utilement parti des rapides données exposées précédemment : ces données serviront de base à l'élaboration du plan de défense de la Perse contre les dangers de l'importation et du développement des maladies pestilentiellles.

Ce sera la partie vraiment originale de la tâche que nous avons entreprise ; il nous a semblé en effet impossible de ne pas suivre pas à pas toutes les descriptions, toutes les étapes scientifiques et diplomatiques qui constituent la base même des sanctions pratiques à rechercher.

Nous avons trouvé tous les éléments nécessaires pour l'œuvre à accomplir ; il convient donc de les adapter aux exigences d'ordre géographique de notre pays. Aussi est-ce sur la carte que nous indiquerons les rayons d'action protecteurs que nous croyons devoir être utilement choisis.

Nous aurons recours aux signes conventionnels suivants :



Postes à créer en vertu des Conventions sanitaires internationales.



Postes à créer sur nos frontières maritimes.



Postes à créer sur nos frontières terrestres,

Au fur et à mesure de leur création chaque poste devrait être pourvu :

- d'une étuve à désinfection,
- de chambres d'isolement,
- d'eau potable,
- d'un personnel médical compétent.

L'effort à faire dans chaque poste procéderait de l'importance même qu'il présenterait au point de vue de la défense.

§ I. — PROTECTION DU GOLFE PERSIQUE (littoral persan).

L'île d'Ormouz appartient à la Perse ; sa situation géographique la place au tout premier rang en vue de la création d'un poste sanitaire assez efficace pour la protection complète du golfe Persique. Tout navire devrait donc nécessairement y faire escale avant d'entrer dans le golfe et c'est de ce point qu'émanerait le passeport sanitaire exigé à l'entrée dans tous les autres ports.

La Perse est en mesure d'assurer par elle-même le bon fonctionnement de ce poste sanitaire d'Ormouz. Elle pourra utilement s'appuyer, à l'exemple des autres pays, sur le concours zélé des agents de la douane.

S. Ex., M. Naus, Ministre des douanes en Perse, a en effet organisé un corps d'élite de soldats douaniers et d'agents secondaires. Tout le mérite d'une semblable création revient donc à S. Ex. M. Naus et aux éminents collaborateurs dont il a su s'entourer. Parmi ces derniers nous croyons devoir distinguer M. le médecin-major Bussièrès, de l'armée coloniale française, dont le concours a déjà été mis utilement à contribution.

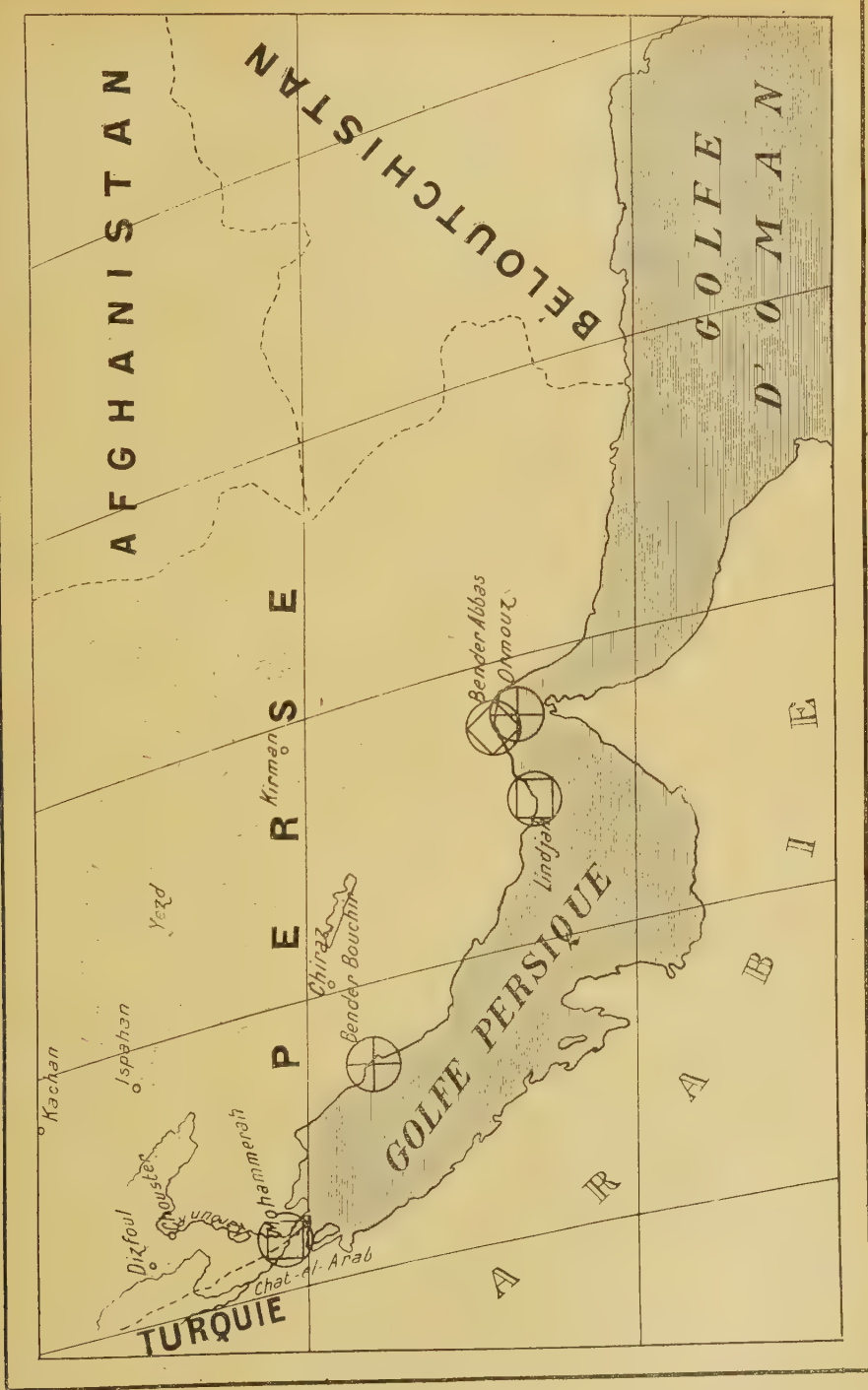
Nous signalerons aussi tout l'utile parti qu'on pourra tirer des embarcations à vapeur de l'Administration des douanes qui assurent la surveillance du littoral persan du Golfe Persique.

Nous désignerons donc l'île d'Ormouz comme le poste sanitaire le plus important du Golfe Persique et en second lieu Bender-Bouchir. Nous indiquerons ensuite :

Bender-Albas,

Lindjah,

Mohammerah.



Carte I. — Protection du Golfe Persique.

Il n'a jamais été prévu dans les conférences sanitaires internationales de postes sanitaires sur la frontière persane du Golfe d'Oman ; nous pensons donc que tout navire, désirant faire escale sur cette côte, devrait se diriger vers Ormouz pour obtenir son passeport sanitaire (1).

(1) Il va sans dire qu'à l'exemple de la réglementation sanitaire en France, une exception sera faite en faveur des bateaux de la douane, des bateaux de pêche, de commerce même qui ne s'écartent que peu du rivage. Ces bateaux ne seraient l'objet d'une surveillance qu'en cas d'épidémie.

§ II. — PROTECTION DE LA MER CASPIENNE
(littoral persan.)

La défense de la mer Caspienne a déjà été visée plus particulièrement ainsi que celle du Golfe Persique par les Conférences sanitaires Internationales.

Lorsqu'on veut gagner la Russie, on doit pour quitter la Perse avoir recours à l'une des grandes routes suivantes : la première, presque abandonnée aujourd'hui, peut être définie par les trois points de repère : Tauris, Nakhitchewan, Tiflis. Il s'agit dans ce cas d'une défense terrestre, que nous avons prévue dans la zone ayant pour centre Tauris, dans la province de l'Azerbeïdjan.

L'autre voie est maritime, elle suit le littoral occidental de la mer Caspienne. Des postes sanitaires devront donc être placés dans les centres suivants :

Astara dans la province du Ghilan,

Enzeli dans la province du Ghilan,

Mechedisar dans la province du Mazandéran,

Bender-Guez dans la province d'Astarabad.

Le port de Bender-Guez a une grande importance car il possède un excellent mouillage pour les navires.

Il serait utile de créer sur la frontière russo-persane (district Transcapien), des postes sanitaires. Ces postes pourraient heureusement être placés, l'un au nord-est d'Astrabad, l'autre à Méched. Ces postes pourraient au besoin prendre toutes mesures nécessaires contre le danger d'épidémies, provenant des autres villes frontières.



Carte II. — Protection de la Mer Caspienne et de la frontière Ouest.

§ III: — PROTECTION DE LA FRONTIÈRE OUEST

Elle est contiguë d'une part au Golfe Persique, au sud, dont nous avons déjà étudié les moyens de protection ; d'autre part, au nord, à la Turquie d'Asie.

Les provinces persanes de la frontière ouest sont du sud au nord :

L'Arabistan,
Le Loristan,
Le Kourdistan,
L'Azerbeïdjan;

et il serait désirable que la Perse y créât des postes sanitaires à :

Mohammerah (dont nous avons déjà parlé à propos de la défense du Golfe Persique).

Chouster,
Pochté-Koù,
Khanakain (*Persan*),
Saoutchboulak,
Ourmiah,
Kotour.

Pochté-Kou est l'un de nos centres stratégiques les plus importants. C'est dans cet endroit, en effet, que le Gouvernement impérial possède une grande partie de sa cavalerie, destinée à la défense occidentale.

Une organisation sanitaire, visant la défense du sud-

ouest, doit donc être centralisée nécessairement à Pochté-Kou. Il doit y avoir une homogénéité absolue de direction civile et militaire, à la moindre alerte, pour l'organisation éventuelle de cordons sanitaires.

§ IV — PROTECTION DE LA FRONTIÈRE EST

La frontière est de la Perse est contiguë au Turkestan à l'Afghanistan et au Bélouchistan.

Il devrait y avoir sur la frontière persane du Turkestan des postes sanitaires à :

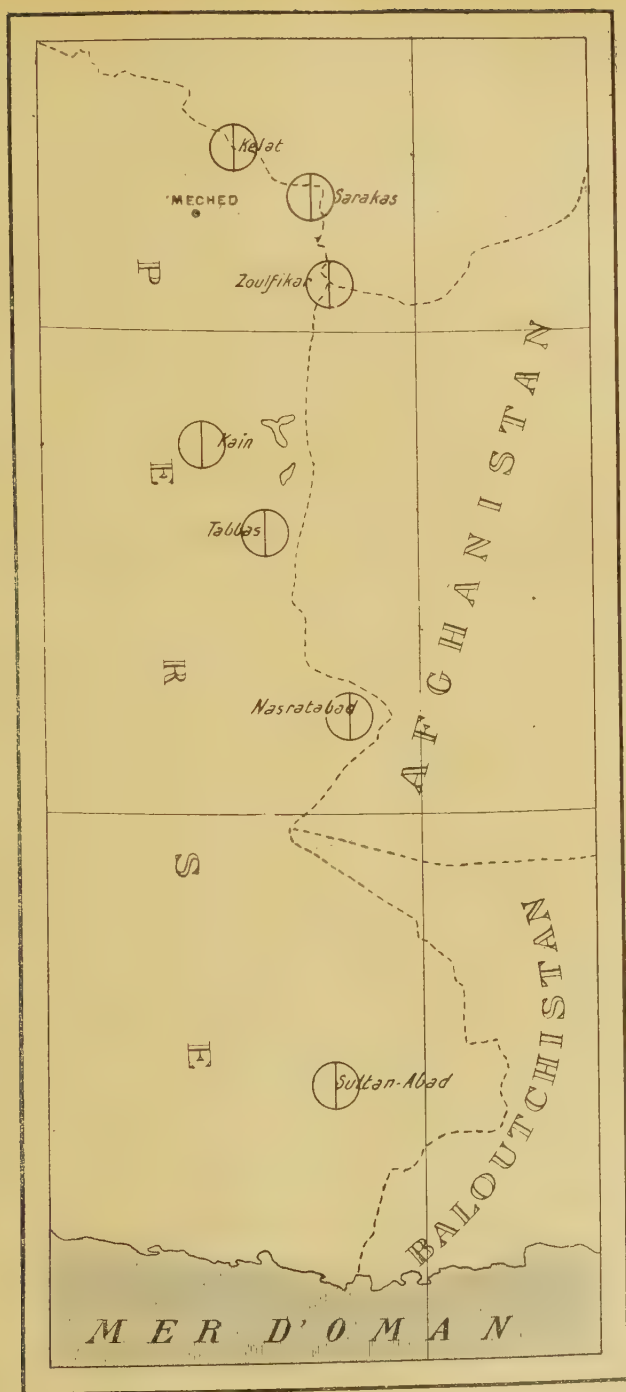
Bajguiran,
Kélat,
Sarkhas.

Le Khorassan est la province frontière persane du côté de l'Afghanistan ; il devrait donc avoir dans cette province des postes sanitaires à :

Déhénéï Zoulfigar,
• Tabas,
Gaïn,
Nousratabad,

Le Malaïr Toursikan est la province frontière persane du côté du Bélouchistan et, dans cette province le poste sanitaire à créer serait à :

Sultan Abad.



Carte III. — Défense de la frontière Est.

§ V — PROTECTION INTÉRIEURE DE LA PERSE

Les postes à créer dans l'intérieur même de notre propre territoire, pour notre sauvegarde, seraient avantageusement placés en des points principaux choisis parmi les suivants :

Route de Téhéran à Tauris :

Kazvin,

Zendjan,

Tauris,

Route de Téhéran à Khanakaïn :

Koum,

Kermanschah,

Kasri-Chirine,

Araki-Arabe-Adjame,

Khanakaïn,

Route de Téhéran à Bender-Bouchir :

Koum,

Kachan,

Ispahan,

Chiraz,

Bender-Bouchir.

Route de Téhéran à Kirman :

Koum,

Kachan,

Ispahan,

Yezd,

Kirman.

Route de Téhéran à Méched :

Semnan,
Damghan,
Chahrour,
Sebzévar,
Nichapour,
Méched.

Route de Téhéran à Recht :

Kazvin,
Roudbar,
Recht.

Route de Téhéran à Mechedisar :

Sari,
Barferouch,
Mechedisar.

Route de Téhéran à Bender-Guez :

Sari,
Achraf,
Bender-Guez.

CONCLUSIONS

I. La Perse n'est pas, à juste titre, inscrite au nombre des pays où l'endémicité des maladies pestilentiellles a été constatée.

II. Le gouvernement impérial ne peut qu'être encouragé, par les résultats obtenus, à poursuivre le développement de l'hygiène publique et privée.

III. — Les gouverneurs seraient utilement investis de tous les pouvoirs relatifs à l'observation des règlements concernant l'hygiène et devraient centraliser au Conseil de santé de Téhéran tous les renseignements sur l'état sanitaire de leur rayon d'action.

IV. L'importance même du Conseil de santé de Téhéran nécessiterait sa réorganisation. Celle-ci devrait plus particulièrement viser sa composition technique et la régularité de ses réunions.

V. La circulation sur le territoire persan ainsi qu'aux frontières terrestres et maritimes devrait être l'objet d'un contrôle sanitaire.

VI. Il serait désirable qu'une commission internationale

due à l'initiative des nations convoquées aux conférences sanitaires, fût instituée et spécialement investie des pouvoirs et des crédits nécessaires pour l'organisation de la défense du golfe Persique et du pèlerinage de la Mecque.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABBA. — Pèlerinages musulmans à la Mecque. Mesures prophylactiques contre la peste. *Journ. d'hygiène*, Paris, 1899, XXIV, 15 juin. 189-192.
- AUGIER. — Pratique de la police sanitaire maritime à l'arrivée. *Ann. d'hygiène et de méd. colon.*, Paris, 1902, V. 137-150.
- BÉCO (Emile). — Coordination en un seul texte des conventions sanitaires internationales. Bruxelles, 1903, Hayez, éditeur.
- BELVAL (T.). — De l'organisation intern. du service de l'hygiène publique (Rapport et discussion sur la question). Cong. périod. internat. des Sc. méd., C.-R., 1875, Bruxelles et Paris, 1876, IV, 515-548.
- De l'organisation internat. de l'hygiène publique. Cong. périod. internat. des Sc. médic., C.-R., 1879, Amst., 1881, VI, p. 2-90-94.
- L'hygiène internationale. *J. de méd. chir. et pharmacol.*, Brux., 1884, LXXIX, 199-209.
- BERTHOD (P.). — Les déclarations des maladies contagieuses au Cong. internat. d'hygiène. *J. de méd. de Paris*, 1900, 2^e s., XI, 387.
- BOREL (F.). — La défense sanitaire du golfe Persique. *Bull. de la Soc. de méd. sanit. marit.*, Marseille, 1899, I, août, n° 3, 77-81.
- La défense sanitaire du golfe Persique et du Chatel-Arab. *Revue d'hyg.*, Paris, 1901, XXIII, 492-516,

- BROUARDEL. — Sur le système sanitaire adopté par la Conférence de Dresde pour établir des mesures communes propres à sauvegarder la santé publique en temps d'épidémie cholérique sans apporter d'entraves inutiles aux transactions commerciales et au mouvement des voyageurs. *Compte rendu Acad. des Sc.*, Paris, 1893, CXXI, 933-937.
- COLUCCI-PACHA (S. E.). — De l'hyg. intern. en Egypte. *Cong. int. d'hygiène* 1879, Paris, 1880, II, 91-97.
- Conférence sanitaire internationale. — Procès verbaux de la Conf. sanit. intern., ouverte à Paris le 27 juillet 1851, nos 1-48. Paris, 1852, 8°.
- Conférence sanitaire internationale. — Rapport sur les questions du programme relatives à l'origine, à l'endémicité, à la transmissibilité et à la propagation du choléra. Mai 1866. Constantinople, 1866, 8°.
- Conférence sanitaire internationale. — Procès-verbaux de la Conf. sanit. intern., ouverte à Vienne le 1^{er} juillet 1874. Vienne, 1874, 4°.
- Conférence sanitaire internationale de Paris. — *Rec. des trav. Comité consult. d'hyg. pub. de France*, Paris, 1876, V, 93-125.
- Conférence sanitaire internationale de Vienne. — *Rec. des trav. Comité consult. d'hyg. pub. de France*, Paris, 1877, VI, 1-73.
- Congrès national scientifique. — Prophylaxie des maladies exotiques. Le Havre, 1887.
- DA SILVA ARNADO. — De la prophylaxie internationale. *Revue d'hyg.*, Paris, 1882, IV, 769.
- De la prophylaxie internationale. *Congr. intern. d'hyg. et de démog. b. r.*, 1882, Genève 1883, I, 492-499.
- DE VALCOURT. — Mesures sanitaires adaptées aux États-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies contagieuses. *Revue d'hyg.*, Paris, 1890, XII, 1054, Discussion 1079.

- DUCHEMIN. — La défense sanitaire de Constantinople. Caducée, Paris, 1902, II, 301-303.
- DURASNEL (A.-A.) — La défense de l'Europe contre l'invasion des épidémies indiennes par voie maritime. *Th. de doct.*, Lille, 1899.
- France. Département de l'Agriculture, etc. — Actes et instructions pour l'exécution de la Convention sanitaire internat. Paris, 1852, 8°.
- LAGNEAU (G.). — Conseil d'hyg. pub. et de salubrité du département de la Seine. Rapport sur les maladies épidémiques observées en 1891 et 1892. Paris (n. a.), 4°, 4 p.
- LAVERAN. — Art. « Choléra », in *Dict. encycl. des Sc. méd.*
- LEGRAND. — Prophylaxie sanitaire du choléra, Paris, 1890.
- LEMIÈRE (G.). — La loi sur la protection de la santé publique. La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. *Bull. Synd. méd. du Nord et du Pas-de-Calais*, Lille, 1902, IV, 257-267.
- LIMARAKIS (L.), APERY (P.) et AVLONITIS. — Instructions aux maîtres d'école de l'Empire sur la prophylaxie des écoles contre les maladies contagieuses aiguës et chroniques. *Gaz. méd. d'Orient*, Constantinople, 1901, XLV, 439-444.
- MENDEZ (R.). — Les gouvernements et la santé publique. Cong. intern. d'hyg. et de démog. C.-R., 1894, Budapest, 1896, VIII, pt. 5, 498-505.
- MENDEZ (R.). — Hygiène internationale (Cong. int. d'hyg. et de démog. C. r. 1894, Budapest, 1896, VIII, pt. 5, 494-498).
- Ministère des Colonies — Instructions concernant les mesures à prendre contre les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses, malaria, fièvre jaune, lèpre, béri-béri, tuberculose, et alcoolisme, fièvre typhoïde, choléra, peste, variole (Paris, O. Doin, 1903, 8°, 94 p.
- PANAYOTATOU. — Organisation du service sanit. marit. et quarantenaire d'Egypte (*Arch. orient. de méd. et de chir.* Paris, 1900, II, 155-159).
- PAPADAKIS (a). — Hygiène publique locale et intern, (With

- rap. de Laveran) *Bull. acad. méd.*, Paris. 1901, 3, s. XLV, 123-127).
- PASCHAYAN. — Les foyers d'infection de la Perse (*Arch. orient. de méd. et de chir.*, Paris, 1900, II. 126-127, 219-221).
- PASCHAYAN. — Les foyers d'infection de la Perse. *Arch. orient. de méd. et de chir.*, Paris, 1901, III, 171-173).
- PROUST. — Essai sur l'hyg. intern. ; ses applic. contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique (Avec une carte indiquant la marche des épidémies de choléra, par les routes de terre et la voie maritime (Paris, 1873, 8°.)
- PROUST. — Conférence de Washington (Rec. d. trav. Comité consult. d'hyg. pub. de France. 1881, Paris, 1883, XI, 86-100).
- PROUST. — Rapport sur la Conf. Sanit. Intern. de Paris, 1894 (Imprim. nation.)
- PROUST. — L'épidémie de peste et la défense de l'Europe (*Acad. d. méd.* Paris, 1897, janv., 26.)
- PROUST. — La défense de l'Europe contre la peste (*Revue int. méd. chir.*, Paris, 1897, n° 3, fév. 10. p. 1.
- PROUST. — Distribution géograph. de la peste en Afrique et en Asie (*Acad. méd.* Paris, 1899, janv. 10.)
- PROUST, en collaboration avec NETTER et BOURGES. — Traité d'hygiène, Paris, 1902 (Masson et Cie éditeurs). Rapport sur les mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions de choléra en Europe, août 1866 (Constantinople, 1866, 4°).
- RAYMONDAUD (E). — La prophylaxie générale des grandes épidémies (Limoges, V. H. Ducourtieux, 1886, 8°, 15 p.
- SANTOLIVADO. — Rapport à la Conf. Sanit. Internat. Paris, 1903 (Imprimerie Nationale).
- THOLOZAN. — Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie (*C. r. Acad. d. Sc.*, Paris, 1873, juillet 14).
- THOLOZAN. — Histoire de la peste bubonique en Perse et en Mésopotamie, 1874 (Masson éditeurs).

TOREL. — Défense de la Méditerranée contre le pèlerinage de La Mecque. Organisation sanitaire du Maroc (*Arch. de méd. nav.* Paris, 1902, t. XXVIII, 195-209.)

TROLARD. — De la prophylaxie des maladies exotiques importables et transmissibles, 1891.

VIGNARD. — Etude pratique sur l'état actuel de la prophylaxie sanitaire internationale (*Bull. Soc. méd. pub.* Paris, 1888, XI, 344, 408.) (*Gaz. méd.* de Nantes, 1888-9, VII, 65-68.) (*Ann. d'hyg.* Paris, 1889, 3, s, XXI, 165-167.) (*Bull. Soc. de méd. pub.* Paris, 1889, XII, 9, 54.)

ZANNI. — Résumé de réflexions sur l'hyg. pub. nation. et intern. (Congrès intern. d'hyg. et de demog. C. r. 1894, Budapest, 1896, VIII, pt. 5, 373, 377.)

ZANNI. — Hygiène préventive internationale, 1900 (Congrès intern. hyg. et demog., 1898, Madrid.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
Puissances et Délégués de la Conférence Sanitaire Internationale de Paris 1903.....	13

CHAPITRE I

§ I. — Choléra.....	22
§ II. — Peste.....	26

CHAPITRE II

BUT POURSUIVI PAR LES CONFÉRENCES SANITAIRES INTERNATIONALES.....	33
---	----

CHAPITRE III

DES MOYENS DE DÉFENSE A INSTITUER EN PERSE POUR LA PROPHYLAXIE DES MALADIES PESTILENTIELLES ET INFECTIEUSES.....	42
§ I. — Hygiène individuelle.....	42
§ II. — Protection de la population.....	45
§ III. — Hygiène internationale.....	47

CHAPITRE IV

§ I. — Protection Golfe Persique.....	51
§ II. — Protection Mer Caspienne.....	56
§ III. — Protection frontière Ouest.....	59

§ IV. — Protection frontière Est.....	60
§ V. — Protection intérieure de la Perse.....	63
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67
TABLE DES MATIÈRES.....	73

CARTES

CARTE I. — Protection du Golfe Persique.....	53
II. — Protection de la Mer Caspienne et de la frontière Ouest	57
III. — Défense de la frontière Est.....	61

